



## ІV. ХВОРОБИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА, СЛИННИХ ЗАЛОЗ

### М'ЯЗОВА ДИСФУНКЦІЯ І ГІПЕРМОБІЛЬНІСТЬ ГОЛІВКИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ

*Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Доленко О.Б.,  
Попело Ю.В., Коротич Н.М.*

*Полтавський державний медичний університет, Україна*

У виникненні первинно хрящових та кісткових змін в анатомічних структурах скронево-нижнещелепного суглоба у дітей значну роль відіграє вроджене порушення процесів осифікації самої кістки, стійкість зв'язкового апарату до перенавантажень як самої суглобової голівки, так і суглобової ямки. Це може обумовлювати непропорційність росту гілки нижньої щелепи по відношенню до скроневої кістки. Найчастіше у дітей підліткового віку спочатку виникає дисфункція суглобу, перш за все, за рахунок змін регуляторного впливу механічної тяги жувальних м'язів. Внаслідок цього первинно виникають порушення в хрящовій тканині та по мірі прогресування захворювання органічні зміни можуть торкатися не тільки її, а і переходити на кістку.

Клінічні прояви гіпермобільності суглоба проявляються на тлі зміщення його голівки та порушення фізіологічної рівноваги, що і призводить до погіршення функціональної активності суглоба. При цьому прослідковується невідповідність контактних пунктів самих суглобових голівок по відношенню до суглобової ямки. Анатомічна нестабільність відображається на характерних ознаках гіпермобільності, що призводить до хаотичного зміщення нижньої щелепи, некоординованих рухів, виникнення больового синдрому та хрусту при артикуляції.

**Мета дослідження** – звернути увагу медичного загалу до проблем гіпермобільності голівки скронево-нижнещелепного суглоба у дітей.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами обстежено і проліковано 25 дітей з гіпермобільністю суглобової голівки нижньої щелепи віком від 14 до 17 років. Із них 17 дівчат та 8 хлопців. Для встановлення клінічного



діагнозу використовували загальноклінічні методи обстеження, дані ортопантомограм, а за необхідності проводили КТ-діагностику.

**Результати дослідження.** Скарги дітей і їх рідних зводилися до наявності больових відчуттів, збільшення об'єму рухів нижньої щелепи та неконтрольованого за обсягом ступеня відкривання рота. У переважній більшості пацієнтів ці прояви посилювалися при жуванні, широкій посмішці. На превеликий жаль, у зв'язку із відсутністю профілактичних оглядів декретованих груп населення, зокрема і учнів, термін захворювання становив переважно від 1 до 3 років, а інколи сягав 5. Характерним є той факт, що ніхто із оточуючих не зосереджував на цьому особливої уваги та не звертався за медичною допомогою. Діти старшої вікової групи акцентували увагу на проявах дискомфорту і більш вираженій больовій симптоматиці та хрусті в суглобі, особливо при навантаженні на жувальний апарат.

Чітко визначитися з термінами початку захворювання ніхто не міг, і рідні 19 дітей не мали уявлення, коли з'явилися перші ознаки порушення функції суглоба. У трьох випадках ці прояви пов'язували з довготривалою одноразовою санацією ротової порожнини, у двох – з травматичним видаленням 48/38 зубів та в одному – з ортодонтичним лікуванням.

Пальпаторне обстеження дозволило встановити наявність больової реакції в ділянці проєкції суглоба і верхнього полюсу жувального м'яза у 15 дітей. Крім того, у 13 із них чітко прослуховувалося клацання та хруст безпосередньо в суглобі. При відкриванні рота у всіх пацієнтів мав місце різноспрямований і нестандартний рух нижньої щелепи зі зміщенням міжрізцевої лінії в той чи інший бік. Слід зауважити, що у 10 дітей відмічалась хондропатія великих суглобів, найчастіше – колінних.

При інтерпретації результатів променевих методів дослідження вдалося виявити у всіх випадках різного ступеня виразності, сплюснення суглобової голівки, звуження або розширення суглобової щілини в залежності від характеру органічних змін в структурних анатомічних елементах суглоба. За допомогою аналізу зрізів КТ констатовано наявність змін у співвідношенні між самою голівкою та суглобовою впадиною, що дозволило об'єктивно оцінити виразність структурних порушень архітекτονіки хрящової та кісткової субстанції.

**Висновок.** Для діагностичного встановлення м'язової дисфункції і гіпермобільності суглобових голівок скронево-нижньощелепного суглоба у дітей необхідно більш ширше застосовувати новітні технології, що дозволяє об'єктивно реєструвати виразність органічних змін в хрящі суглоба та кістковій тканині і визначитися з видом, обсягом, термінами проведення лікувально-профілактичних заходів.